

**ОБЩИЕ УСЛОВИЯ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН
В РЕСПУБЛИКЕ БОЛГАРИЯ**

СТАТЬЯ 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Ниже по тексту, для краткости, будем называть:

1. СТРАХОВЩИК – ИНТЕРАМЕРИКАН БОЛГАРИЯ ЗЕАД
2. СТРАХОВАТЕЛЬ – юридическое или физическое лицо, которое заключает страховку, подписывает полис и обязуется заплатить страховую премию.
3. ИНОСТРАННОЕ ЛИЦО – любое лицо, которое не является болгарским гражданином, включительно и такое, которое не является гражданином ни одного государства в соответствии с ее законодательством.
4. ЗАСТРАХОВАННЫЙ – иностранное лицо, которое пребывает краткосрочно или продолжительно в Республике Болгария или пересекает ее транзитно и пользуется страховым покрытием, согласно заключенному страховому полису.
Страхователь и Застрахованный могут быть одним и тем же лицом или различными лицами.
5. БЕНЕФИЦИАР (ПОЛУЧАТЕЛЬ, ПОЛЬЗУЮЩЕЕСЯ ЛИЦО) - другое лицо, указанное в Договоре страхования как лицо, имеющее право получить полный размер или часть страхового обеспечения или страховой суммы.
6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ – договор, в силу которого Страховщик обязуется за оплату страховой премии выплатить обеспечение или сумму в случае наступления страхового события. Он содержит страховой полис, Общие и Специальные Условия, а также и все Дополнительные соглашения, которые были подписаны на основании, договоренных обеими сторонами изменений к Договору, а также и возможные списки застрахованных лиц.
7. СТРАХОВОЙ ПОЛИС – часть Страхового договора, в которой описаны конкретные для него данные и условия.
8. СТРАХОВАЯ СУММА (лимит ответственности) - Договоренная или определенная нормативным актом и указанная в страховом полисе денежная сумма, представляющая верхнюю границу ответственности Страховщика при наступлении страхового события. По отдельным покрытиям могут договариваться различные страховые суммы.
9. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ - Сумма, которую Страхователь / Застрахованный уплачивает Страховщику с положенными обязательствами последнего по Договору страхования.
10. СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВКИ – срок, указанный в страховом полисе, в продолжении которого Страховщик погашает принятый на себя риск.
11. СТРАХОВОЕ СОБЫТИЕ – Событие, риск, который покрывается Страховщиком и при наступлении которого он выплачивает страховую сумму или обеспечение (компенсацию).
12. НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ – любое событие, наступившее в результате внешней, принудительной, внезапной, непредвидимой, непреодолимой и против воли Застрахованного силы, которая в рамках одного года от даты события стала причиной смерти или телесных повреждений Застрахованного. К несчастным случаям относятся несчастные случаи, которые наступили в результате использования транспортных средств, при работе с машинами, использованием оружия и инструментов, или наступившие вследствие взрывов, разрушений, ожогов или обгорания, травм, механических воздействий, ударов молнией, воздействия электрическим током, утопления, удушения, обмороживания, злонамеренных действий третьих лиц, нападений животными, укусов насекомых и змей, отравление пищей, непреднамеренного отравления токсичными веществами внешнего происхождения, при спасении жизни людей или имущества.
Несчастливым случаем также считается:
 - вывих, растяжение или разрыв тканей, суставов, сухожилий и мускул, вследствие внезапного напряжения собственной силы,
 - телесное повреждение, вследствие обязательной иммунизации.
 - смерть или продолжительная нетрудоспособность, вследствие обязательной иммунизации, в случае, что заключено, дополнительное (выбираемое) покрытие, согласно ст.3. п.2. настоящих Общих условий.
13. АКУТНОЕ (ОСТРОЕ) ЗАБОЛЕВАНИЕ – внезапное, непредвидимое заболевание, с острым началом и прогрессирующим развитием, появившееся в продолжении срока действия страховки, требующее срочных исследований и лечения из-за его болезненного характера и прямой опасности для жизни больного.
14. ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – заболевание отдельных органов или системы органов, начинающее протекать остро или через продолжительные жалобы, которые проявлялись в течении разных по продолжительности интервалов, с повторяющимися симптомами за период, более одного года.

15. ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – любое предыдущее заболевание с проявлением симптома раньше первого дня страхования, что было установлено и/или поставлен диагноз, и/или исследовано анализами, и/или требовалась госпитализация, и/или амбулаторное лечение, и/или медикаментозное лечение.
16. ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ – любой предыдущий несчастный случай, который был установлен и/или поставлен диагноз, и/или исследован врачом раньше первого дня страхования, и/или требовалась госпитализация, и/или амбулаторное лечение, и/или медикаментозное лечение.
17. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ – продолжительно и необратимо снижена (в определенных процентах) или полностью потеряна способность к осуществлению любой или определенной трудовой деятельности из-за нарушения функций отдельных органов или целого организма Застрахованного, что установлено компетентными медицинскими органами в законном порядке и отражено в соответствующих медицинских документах.
18. РЕПАТРИАЦИЯ – перевоз Застрахованного (медицинская репатриация) или его теленных останков из страны (места) страхового события в страну (место) его постоянного пребывания.
19. БОЛЬНИЦА – лицензированное в соответствии с действующим законодательством лечебное заведение для стационарного обслуживания (больничная помощь, включающая консультации, исследования, постановление диагноза и лечение пациентов). Не относятся к больницам лечебные заведения внебольничной помощи, специализированные медицинские заведения для лечения хронических и психических заболеваний, а также и специализированные заведения для лечения алкоголизма и наркомании, а также и санатории, заведения бальнеотерапии, профилактические и медицинские заведения для отдыха (восстановления), заведения для эстетических или пластических хирургических интервенций, заведения нетрадиционной медицины, социальные дома и другие тому подобные.
20. ПЕРЕБЫВАНИЕ В БОЛЬНИЦЕ (ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ) – минимум 24-часовое пребывание в лечебном заведении больничной помощи по предписанию врача с целью проведения консультаций, анализов, поставлены диагнозы, лечения.
21. АССИСТАНС-КОМПАНИЯ – компания, которая действует от имен Страховщика в помощь Застрахованному, с целью регистрации страхового события, передачи рекомендаций лечебного заведения, предоставления информации и указаний, транспортировки или репатриации, покрытия расходов на неотложную медицинскую помощь и др.

СТАТЬЯ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОБХВАТ

1. По условиям настоящей страховки Страховщик предоставляет страховую защиту иностранным гражданам, пребывающим краткосрочно или продолжительно на территории Республики Болгария, в соответствии с п.1. и п.2., ч.1. ст. 23, и ч.2. ст. 24 Закона об иностранных гражданах в Республике Болгария и действующего Постановления об общих условиях, минимальной страховой сумме, минимальной страховой премии и порядке заключения обязательной медицинского страхования иностранных граждан, которые пребывают краткосрочно или продолжительно в Республике Болгария или пересекают транзитно ее территорию („Постановление”).
2. Подлежат страхованию индивидуально или группы лиц, которые на момент заключения страхования имеют хорошее состояние здоровья.
3. Страховка действует только на территории Республики Болгария.

СТАТЬЯ 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ

1. Покрываются действительные и необходимые медицинские расходы на амбулаторное и/или стационарное больничное лечение неотложных состояний, вследствие острого заболевания или несчастного случая, возникших во время действия страховки.
 - 1.1. Медицинские расходы включают расходы на медицинские осмотры, лечение или хирургическую интервенцию, на использование медицинской аппаратуры, для рентгеновых и лабораторных исследований, на больничную госпитализацию, на лекарственные средства и медикаменты по рецепту врача, на медицинскую транспортировку (перевоз Застрахованного специализированным медицинским транспортом до ближайшей или другой больницы, или между двумя больницами для оказания неотложной медицинской помощи, включительно и расходы на услуги медицинских специалистов по сопровождению (если это необходимо), другие расходы, связанные с лечением и диагностикой. К медицинским расходам не относятся расходы без прямого лечебного воздействия, как витамины, протеины, пищевые добавки, специализированные продукты питания, вакцины, противозачаточные средства, вспомогательные средства, протезы, корректирующие устройства, средства для реабилитации и тому подобное.
 - 1.2. Медицинские расходы включают и расходы на неотложную стоматологическую помощь в следующих случаях:

- 1.2.1. вследствие несчастного случая, происшедшего в рамках настоящих условий;
 - 1.2.2. разрез абсцессов и флегмоны в полости рта;
 - 1.2.3. удаление внезапно сломанного или глубоко разрушенного зуба, включительно анестезия;
 - 1.2.4. контрольный осмотр после проведения услуг по п. 1.2.1. и п. 1.2.2. настоящей статьи;
 - 1.2.5. неотложные состояния после применения стоматологических процедур.
- 1.3. Покрываются и расходы вследствие острого заболевания или несчастного случая на медицинскую репатриацию или репатриацию теленных останков при смерти Застрахованного. Необходимость медицинской репатриации определяется письменным докладом медицинского заведения, которое провело лечение, или врачом, проводившим лечение. Расходы на медицинскую репатриацию включают и расходы на услуги медицинских специалистов по сопровождению, если это необходимо.
2. Страховщик предлагает и дополнительное /выбираемое/ покрытие „Смерть и/или продолжительная нетрудоспособность вследствие несчастного случая”.

СТАТЬЯ 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

Страховщик не несет ответственности в следующих случаях:

1. участие в военных или вооруженных действиях или учениях, или при радиоактивном или химическом поражении вследствие восстания, бунта, стачки, забастовки или других действий подобного характера, включительно и при аварийных и бедственных ситуациях;
2. террористические акты или террористические действия;
3. землетрясения, экологические катастрофы, атомные или ядерные эксплозии, появление радиоактивных продуктов и причиненных ими загрязнений, при радиационном (ионизирующем) излучении и других подобных событиях с массовыми последствиями;
4. подготовка или участия в спортивных и скоростных соревнованиях с участием автомобилей, при упражнении опасных спортивных занятий таких, как альпинизм, скалолазание, спуск в пещеры, безмоторное летание, дельтапланеризм, парашютизм, полеты на воздушном шаре, подводный спорт, дайвинг, конный спорт, охотничий спорт, зимние виды спорта, водный моторный спорт;
5. плавание, управление и пользование плавательными судами, серфинг, управление джетами, пользование водяными велосипедами, надувными сооружениями и другие подобные занятия в запрещенной водной зоне и/или в местах, где купание запрещено;
6. когда ухудшение здоровья произошло во время задержания Застрахованного органами власти или в месте тюремного заключения;
7. поступление и служба в регулярных вооруженных силах;
8. когда ухудшение здоровья является следствием чрезмерного или хронического употребления алкоголя, наркотических веществ или их аналогов, психотропных веществ, допингов, стимуляторов и других подобных или при медикаментозной зависимости;
9. в случаях побоев, драк, попытках самоубийства или при самоубийстве (независимо от того, Застрахованным был вменяемым или невменяемым), при осуществлении преступления или другой деятельности, запрещенной законом;
10. лечение и больничный стационар при существующих хронических заболеваниях Застрахованного (при возникшем внезапно кризисе, вследствие хронического заболевания, покрывается только оказание неотложной медицинской помощи по выведению Застрахованного из критического состояния);
11. медицинские услуги, потребность в которых возникла вследствие предшествующего заболевания или несчастного случая;
12. беременность, роды, аборт, контрацепции или стерилизации, и их последствия (Страховщик восстанавливает произведенные медицинские расходы только в случае преждевременных родов или абортов, являющихся прямым следствием наступившего несчастного случая, который покрывается настоящими условиями);
13. проведение исследований (анализов) и/или лечение бесплодия, фертилитет ин витро;

14. HIV инфекции, лечение СПИДа или связанные с ним исследования, анализы и тесты, венерические заболевания и заболевания репродуктивной системы;
15. умственные и нервные расстройства, а также и все другие душевные или психические состояния или заболевания;
16. лечение и больничный стационар онкологических больных пациентов;
17. гемодиализ и гемотрансфузия;
18. плановые операции, трансплантации органов, тканей и клеток;
19. обязательные иммунизации;
20. лечение алкоголизма и наркомании;
21. солнечный ожог, солнечный или тепловой удар, обмороживание, кроме случаев, когда они являются следствием несчастного случая, который покрывается настоящими условиями;
22. пластические и эстетические манипуляции, операции и услуги, а также и все косметические медицинские услуги;
23. применение неконвенциональных методов для благоприятного воздействия на индивидуальное здоровье;
24. несоблюдение предписанного режима и/или лечения, симулирование заболевания Застрахованным, а также и умышленное саморанение или нанесение ущерба здоровью;
25. профилактические осмотры;
26. участие в медицинских научных исследованиях или клинические испытания лекарственных продуктов;
27. расходы на санатории и курортное лечение, даже если это лечение связано с рисками, которые покрываются настоящими условиями и предписано лечащим врачом;
28. события до начала срока действия страховки, даже когда пользование медицинской помощи и услуг приходится на срок действия страховки;
29. по отношению лиц с постоянной потерей трудоспособности более 50%.

СТАТЬЯ 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВКИ

1. Страховка заключается на основании предложения (в письменной или устной форме) сделанного Страхователем/Застрахованным.
2. Страховка заключается в форме страхового полиса, в котором должны быть указаны данные Страхователя и Застрахованного, а также и договорные условия.
3. Полис может быть индивидуальным или групповым (когда количество застрахованных лиц более одного).
4. Групповые страховки заключаются обязательно с поименным списком застрахованных лиц, который содержит данные, определяющие индивидуально каждое застрахованное лицо и становится неделимой частью договора страхования.
5. Страховка заключается на срок с продолжительностью не менее 1 (одного) дня и не более от 1 (одного) года.
6. Договор страхования иностранных граждан, которые пребывают краткосрочно в Р. Болгария или пересекают транзитно ее территорию, не может быть заключен на срок с продолжительностью более 90 дней.
7. Договор страхования иностранных граждан, которые пребывают продолжительно в Р. Болгария, не может быть заключен на срок с продолжительностью более одного года.
8. Договор страхования вступает в законную силу в день и час, указанных в страховом полисе как начало, при условии, что страховая премия оплачена, и действует до дня и часа, указанных в нем как конец полиса.

СТАТЬЯ 6. СТРАХОВАЯ СУММА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА

1. Страховая сумма договаривается между сторонами по договору при его подписании в болгарских левах или в другой валюте и указывается в страховом полисе.
2. Ответственность Страховщика распространяется до размера договоренного лимита по соответствующему страховому покрытию, независимо от количества страховых событий в продолжении срока страховки.
3. В случае выплаты обеспечения или восстановления сумм за медицинские расходы, лимит по соответствующему страховому покрытию уменьшается на размер выплаченной суммы.

4. Если при наступлении страхового события Застрахованный имеет и другие страховки, покрывающие риски по ст. 3, п. 1 настоящих Общих условий, то ответственность Страховщика пропорциональна соотношению между договоренным в полисе Интерамерикан Болгария ЗЕАД лимитом и общим лимитом соответствующего покрытия по всем заключенным страховкам.
5. По покрытию „Смерть вследствие несчастного случая” Страховщик выплачивает страховую сумму в размере, согласно условиям заключенного с Интерамерикан Болгария ЗЕАД страхового полиса, независимо от количества действующих на данный момент событий по страховкам с такими же страховыми покрытиями.
6. По покрытию „Постоянная нетрудоспособность вследствие несчастного случая” Страховщик выплачивает процент страховой суммы, согласно условиям заключенного с Интерамерикан Болгария ЗЕАД страхового полиса, независимо от количества действующих на данный момент событий по страховкам с такими же страховыми покрытиями.

СТАТЬЯ 7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

1. Страховая премия определяется согласно тарифу Страховщика, действующему на момент заключения договора страхования.
2. Страховая премия выплачивается один раз, если не было договорено другое.
3. Страховая премия выплачивается в левах.
4. Страховая премия выплачивается наличными или на банковский счет.
5. При выплате на банковский счет, датой выплаты считается дата перевода суммы со счета Страховщика.

СТАТЬЯ 8. ИЗМЕНЕНИЯ В СТРАХОВЫХ ПРАВООТНОШЕНИЯХ

1. Общие условия Страховщика обязывают Застрахованного, если они были переданы ему до заключения договора страхования, и он заявил в письменной форме, что их принимает. Принятые Застрахованным Общие условия являются неделимой частью договора страхования. При несоответствии между страховым полисом и общими условиями, в силе остаются условия, договоренные в полисе.
2. Если Страхователь/Застрахованный сознательно объявил неточно или не упомянул (не сказал) обстоятельство, при наличии которого Страховщик отказался бы от подписания договора, если он знал про это обстоятельство, то Страховщик может расторгнуть договор. Он имеет право это сделать в срок один месяц от момента, когда он узнал про это обстоятельство. За период до момента прекращения договор страхования, Страховщик имеет право получить страховую премию, и соответственно удержать оплаченную такую.
3. Если сознательно неточно объявленное или не упомянутое обстоятельство имеет такой характер, что Страховщик заключил бы договор, но при других условиях, он имеет право потребовать изменение договора. Это свое право он может выполнить в срок один месяц от момента, когда он узнал про это обстоятельство. Если Страхователь/Застрахованный не примет такое предложение об изменении в двухнедельный срок от его получения, то договор прекращается с последствиями, согласно п. 2. последнему предложению данной статьи.
4. Когда в случаях по п. 2 и п. 3 настоящей статьи наступит страховое событие, Страховщик может отказать полную или частичную выплату страхового обеспечения или суммы, только когда это неточно объявленное или не упомянутое (не сказанное) обстоятельство оказало воздействие на наступление события. Когда обстоятельство по п. 2 и п. 3 оказало воздействие только на увеличение размера убытков, Страховщик не может отказаться от выплаты, но может ее уменьшить, согласно соотношению между размером оплаченной премии и премии, которая должна быть оплачена по реальному страховому риску.
5. Если Застрахованный заключил договор через уполномоченное для этого лицо или за счет (от имени) третьего лица, достаточно чтобы это скрытое обстоятельство было известно Застрахованному или его уполномоченному, или третьему лицу.
6. Если при подписании договора страхования любое существенное обстоятельство, которое имеет значение для риска, не было известно какой либо стороне, каждая из сторон имеет право в двухнедельный срок от момента, когда она узнала о нем, предложить изменение договора.
7. Если другая сторона не примет предложение, согласно п. 6 настоящей статьи, в двухнедельный срок от его получения, то предложившая сторона может прекратить договор, о чем она должна письменно предупредить другую сторону.
8. При наступлении страхового события до изменения или прекращения договора, согласно п. 6 или п. 7 настоящей статьи, Страховщик не имеет права отказать выплату страхового обеспечения или суммы, но может их уменьшить, согласно соотношению между размером оплаченной премии и премии, которая должна быть оплачена по реальному страховому риску.
9. Если в продолжении периода действия договора страховой риск значительно увеличиться или уменьшится, то каждая из сторон может потребовать соответствующего увеличения или уменьшения страховой премии

или прекратить договор. Если сторона, которая получила предложение об увеличении/уменьшении премии, его не примет в двухнедельный срок от его получения, то договор прекращается немедленно.

СТАТЬЯ 9. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ВО ВРЕМЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

1. Страхователь/Застрахованный принимает на себя следующие обязательства:
 - 1.1. При подписании Договора страхования объявить точно и в полном объеме существенные обстоятельства, которые ему известны или при необходимых усилиях могут стать ему известными и имеют значение для риска.
 - 1.1.1. Существенными, согласно п. 1.1. настоящей статьи, считаются все обстоятельства, о которых Страховщик поставил вопрос в письменной форме.
 - 1.1.2. Не ответ на вопрос, без укрытия существенного обстоятельства для риска, не является основанием для одностороннего прекращения Договора страхования, для требования его изменения или для отказа выплаты обеспечения.
 - 1.2. В продолжении срока действия страховки объявить Страховщику все ново наступившие обстоятельства, о которых при заключении договора Страховщик поставил вопрос в письменной форме. Объявление таких обстоятельств должно быть сделано немедленно после того, как они стали известны. При невыполнении этого обязательства по объявлению применяются п. 2. – п. 8. ст. 8. настоящих Общих условий и ст. 188 – ст. 191 Кодекса о страховании.
2. Страховщик принимает на себя следующие обязательства:
 - 2.1. Перед заключением договора страхования предоставить Страхователю/Застрахованному информацию в подходящей письменной форме о фирме (точное наименование) и ее организационно-правовую форму; место нахождения и адрес управления Страховщика; покрытия и исключенные риски; возможности изменения договора страхования, согласно общим условиям; срок и способы прекращения договора; способы определения премии, срок и способ оплаты премии и последствия при ее неоплате, а также и размер премии, который соответствует основному и дополнительному (выбираемому) покрытию; предпосылки и срок выплаты страхового обеспечения или суммы; процедуры по организации споров между сторонами по условиям договора страхования, согласно внутренним правилам Страховщика, не затрагивая право на иск в судебном порядке; применимый закон к договору, когда стороны не имеют права на свободный выбор применимого права, и соответственно предлагаемый Страховщиком применимый закон, когда стороны имеют право на свободный выбор; общую информацию относительно налогов и пошлин в связи с договором.
 - 2.2. В продолжении срока действия договора страхования предоставить Страхователю/Застрахованному информацию об изменениях в обстоятельствах по п. 2.1. настоящей статьи.
 - 2.3. Когда договор страхования заключается через страхового брокера или агента, информация по п. 2.1. настоящей статьи предоставляется ими.
 - 2.4. До заключения договора страхования предоставить Страхователю/Застрахованному общие условия.
 - 2.5. В продолжении срока действия договора страхования в разе изменения или замены общих условий новыми, предоставить Страхователю/Застрахованному изменения или новые условия. Последние имеют силу по отношению Страхователя/Застрахованного, только если он подтвердил их письменно.

СТАТЬЯ 10. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ ЗАСТРАХОВОГО СОБЫТИЯ

1. При наступлении страхового события Застрахованный должен доказать наличие действительной страховки, наступление события и наличие обстоятельств, связанных с ним.
2. При наступлении страхового события Застрахованный, его представитель или представитель лечебного заведения, которое оказывает помощь, должен в срок до 24 часов, не позже, от наступления события уведомить Ассистанс-компанию или Страховщика по указанному в полису телефону, факсу, электронному адресу или другим подходящим способом и предоставить необходимую информацию о событии. Если на момент наступления страхового события Застрахованный имеет и другие страховки, покрывающие риски согласно ст. 3, п. 1 настоящих Общих условий, Застрахованный должен уведомить об этом Страховщика, а также и уведомить и другие страхователи о наступлении события, а также и предоставить им все необходимые документы и выполнить все другие обязательства с учетом выплаты страхового обеспечения/суммы, согласно заключенным с ними договорам также, если бы не был застрахован у Страховщика.

3. Застрахованный, заключивший медицинское страхование, имеет право лично или через Страховщика или Ассистанс-компанию пользоваться договоренными страховыми покрытиями и выбирать свободно врача, врача дентальной медицины (*стоматолога*) и лечебное заведение на территории Р. Болгария.
4. Для выплаты страховых сумм или покрытия медицинских расходов Застрахованный или пользующееся лицо должны представить следующие документы:
 - 4.1. уведомление о наступлении страхового события (по образцу Страховщика); оригинал страхового полиса;
 - 4.2. протокол (акт) о несчастном случае (аварии) или другой документ, удостоверяющий наступившее событие;
 - 4.3. медицинские документы, выданные лицензированными лечебными заведениями (оригиналы или копия, заверенные лечебными заведениями) такие, как эпикризисы, протоколы, результаты проведенных исследований, амбулаторные карты (листы), больничные листы, рентгеновские снимки и другие материалы, удостоверяющие проведенное лечение и период нетрудоспособности;
 - 4.4. документы, доказывающие вид и размер на выполненных расходов: фактуры с кассовыми чеками об оплате оказанной медицинской услуги и/или закупленные медикаменты вместе с оригиналом рецепта и амбулаторным листом; фактуры с кассовыми чеками об оплате проведенного медицинского транспортирования и/или репатриации;
 - 4.5. копию-извлечение акта о смерти (заверенная копия) – при смерти Застрахованного;
 - 4.6. удостоверение о наследниках (оригинал или нотариально заверенная копия) – при смерти Застрахованного;
 - 4.7. экспертное решение страховой территориальной или национальной экспертных медицинских комиссий (ТЕЛК или НЕЛК), определяющее процент потери трудоспособности – при постоянной трудоспособности;
 - 4.8. письменное уведомление о банковском счете, на который будет переведена страховая сумма или сумма по восстановлению медицинских расходов;
 - 4.9. другие документы, потребованные Страховщиком, в отношении страхового события.
5. Все необходимые документы в связи с событием и для оказания претензий должны быть представлены Страховщику в срок до 7 (семи) дней от даты оплаты.

СТАТЬЯ 11. ВЫПЛАТА СТРАХОВЫХ ОБЕСПЕЧЕНИЙ И СУММ

1. При наступлении страхового события Страховщик должен выплатить Страховую сумму, ее часть или восстановить медицинские расходы, определенные Договором страхования.
2. По покрытию „Медицинские расходы“:
 - 2.1. Страховщик покрывает расходы по п. 1.1. ст. 3 настоящих условий;
 - 2.2. вследствие острого заболевания с лимитом до 50% от лимита, выбранного покрытия „Медицинские расходы“;
 - 2.3. при больничном стационаре и пользованию больничных услуг Страховщик покрывает расходы за не более 20 дней за одно событие и не более 40 дней за все события за весь срок страхования;
 - 2.4. расходы за лекарственные средства и медикаменты восстанавливаются при условии, что они куплены в срок до 5 (пяти) дней с даты их предписания.
3. По покрытию „Репатриация“:
 - 3.1. Страховщик покрывает расходы с лимитом до 20% от лимита, выбранного для покрытия „Медицинских расходов“.
4. По покрытию „Неотложная дентальная помощь“:
 - 4.1. Страховщик восстанавливает расходы с максимальным лимитом 500 левов за одно событие и за все события за весь срок страхования;
5. Общая сумма всех выплат по п.п. 2, 3 и 4 настоящей статьи за весь срок страхования не должна превышать выбранный лимит для покрытия „Медицинские расходы“.
6. По покрытию „Смерть и/или Постоянная нетрудоспособность вследствие несчастного случая (аварии)“:
 - 6.1. Страховщик обязуется выплатить страховую сумму или процент от нее в случаях, когда смерть или постоянная нетрудоспособность наступили не позже одного года от даты Страхового события и имеют причинную связь с ним;
 - 6.2. процент постоянной нетрудоспособности определяется страховой медицинской комиссией территориальной/ национальной (ТЕЛК/НЕЛК) после окончательного и полной стабилизации Застрахован, но не раньше трех и не позже двенадцати месяцев от даты страхового события;
 - 6.3. покрытие „Смерть вследствие несчастного случая (аварии)“ не действует в отношении лиц, которым не исполнилось 14 лет или поставленных под полный запрет, согласно ст. 230, ч. 3 Кодекса о страховании, а также и в отношении лиц, которым исполнилось 70 лет.

7. Общая сумма по всем выплатам по п. 6 настоящей статьи за весь срок страхования не должна превышать выбранную страховую сумму для покрытия „Смерть и/или Постоянная нетрудоспособность вследствие несчастного случая (аварии)”.
8. Страховщик выплачивает:
 - 8.1. Медицинские расходы за осуществленные деятельности по лечению и больничному стационару:
 - 8.1.1 непосредственно (прямо) или через Ассистанс-компанию больницы или организации, осуществившей транспортирование или репатриацию Застрахованного, согласно действующим тарифам по предоставленным услугам;
 - 8.1.2. Застрахованному, если он заплатил больнице цену за оказанные медицинские услуги в случаях, согласно п. 3 статьи 10 настоящих Общих условий.
 - 8.2. Страховую сумму при смерти Застрахованного вследствие несчастного случая (аварии) – пользующимся лицам (бенефициарам).
 - 8.3. Страховую сумму или ее часть при Постоянной нетрудоспособности Застрахованного вследствие несчастного случая (аварии) – Застрахованному.
9. Страховое обеспечение или сумма, подлежащая выплате, определяется и выплачивается Страховщиком в 15-ти дневной срок с момента представления Застрахованным всех необходимых документов, связанных с доказательством страхового события и размера выплаты.
10. Страховщик выплачивает на банковский счет подлежащие оплате суммы в Болгарии в левых, а за границей в валюте, причем суммы перечисляются в соответствующую валюту по центральному курсу БНБ в день перевода.
11. Когда Страховщик имеет основание отказать выплату страхового обеспечения или суммы по отправленной претензии, он должен в срок, указанный в п. 9 настоящей статьи отправить письменное уведомление Застрахованному/пользующемуся лицу (бенефициару) о мотивах отказа.

СТАТЬЯ 12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

1. Договор страхования прекращается автоматически:
 - 1.1. по истечении срока действия, на который он был заключен;
 - 1.2. при исчерпании договоренной страховой суммы (лимита ответственности) за все страховые события в результате выплаты или предстоящих выплате обеспечений;
 - 1.3. при потере страхового интереса, причем Страховщик удерживает часть премии, пропорциональную истекшему сроку Договора страхования до его прекращения.
2. При прекращении Договора страхования по п. 2., п. 3., или п. 9. статьи 8 настоящих Общих условий Страховщик удерживает оплаченную часть премии, следовательно, имеет право потребовать ее оплату за период до прекращения договора.
3. При прекращении Договора страхования согласно п. 6 и п. 7 статьи 8 настоящих Общих условий Страховщик восстанавливает часть оплаченной премии, соответствующей оставшемуся сроку Договора страхования.
4. Договор страхования может быть прекращен по требованию Страховщика, причем в этом случае Страховщик восстанавливает Страхователю/Застрахованному часть оплаченной премии, пропорциональной оставшемуся сроку Договора страхования
5. Договор страхования может быть прекращен по требованию Страхователя/Застрахованного в случаях:
 - 5.1. При прекращении договора до его вступления в законную силу, Страховщик восстанавливает Страхователю/Застрахованному оплаченную страховую премию, уменьшенную суммой за административно-хозяйственные расходы, согласно действующим внутренним правилам Страховщика.
 - 5.2. Когда договор вступит в силу, Страховщик восстанавливает Страхователю/Застрахованному часть оплаченной премии, соответствующую оставшемуся сроку по договору страхования, уменьшенную суммой за административно-хозяйственные расходы, согласно действующим внутренним правилам Страховщика.
 - 5.3. Прекращение договора страхования по т. 5.2. настоящей статьи разрешается, при условии, что в продолжении использованного срока страховки не наступило страховое событие с Застрахованным, в связи с которым Страховщик выплатил или должен выплатить страховые обеспечения или суммы.
6. Стороны по договору страхования должны письменно заявить свое требование о прекращении договора страхования, согласно п. 4 или п. 5 настоящей статьи, причем премия за оставшийся срок страховки вычисляется, считано от даты письменного уведомления на встречной стороны.

СТАТЬЯ 13. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО - ПОДВЕДОМСТВЕННОСТЬ

1. По каждому судебному иску, который имеет отношение к договору страхования, стороны договариваются, что компетентными являются единственно болгарские суды.
2. Право, которое будет применяться - болгарское.

СТАТЬЯ 14. СРОК ДАВНОСТИ

Права на Застрахованного и Страховщика по договору страхования погашаются при истечении предвиденным законом сроком давности.

СТАТЬЯ 15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Никакие изменения Договора страхования не являются действительными, если они не сделаны в письменном виде и не имеют подписи уполномоченного представителя Страховщика.
2. Все расходы по заключению настоящего Договора страхования, по выплате потенциального обеспечения и всех других тяжестей, предусмотрены действующими болгарскими законными положениями, полностью берет на себя Застрахованный.
3. Настоящие Общие условия, все дополнительные соглашения и дополнения являются нераздельной частью Договора страхования.
4. Правовые отношения между Страхователем/Застрахованным и Страховщиком регулируются настоящими Общими условиями компании Интерамерикан Болгария ЗЕАД, Кодексом о страховании, Торговским законом, Законом об обязательствах и договорах, а также и другими нормами болгарского права.

Настоящие Общие условия приняты Советом директоров Интерамерикан Болгария ЗЕАД: 01.12.2011 г. и вступают в силу 25.01.2012 г.